Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

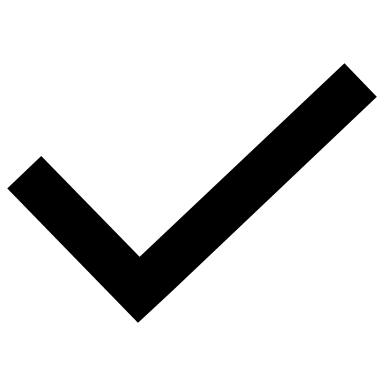
**Durch den Patienten auszufüllen!!!**

………………………………………………………………………………………………

Name, Vorname

…………………………………………………….

Geburtsdatum

 Ich bin damit einverstanden, dass meine beratende Diätassistentin/Ernährungsberaterin Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise meinem Hausarzt oder sonstigen behandelnden Fachärzten vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meine Ernährungsberaterin weiterzuleiten. Meine Ernährungsberaterin darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.

………………………………………………… ………………………………………

Ort Datum

………………………………………………………………………………………….

Unterschrift des Patienten

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

Meine Ernährungsberatung bzw. -Therapie findet statt bei:

**Els-Ernährungsstudio**

Jacqueline Els

Staatlich geprüfte, VFED zertifizierte Diätassistentin

Gaishornstr. 1

86830 Schwabmünchen

Tel.: 08232 996794

Mail: els-ernaehrungsstudio@gmx.de